

معلومات المطالبة - يجب أن تتضمن جميع المراسلات هذه الأرقام

تاريخ الإصابة/المرض: _____ رقم الحالة لدى مجلس تعويض العمال: _____ سينتهي الحد الأقصى من مخصصاتي للعجز الجزئي الدائم في (شهر/يوم/سنة): _____

بيانات الموظف

الاسم الأخير: _____ الاسم الأول: _____ أول حرف بالاسم الأوسط: _____

العنوان البريدي: _____ السطر 2: _____

المدينة: _____ الولاية: _____ الرمز البريدي: _____ البلد: USA

رقم الهاتف المتاح نهائياً: _____ عنوان البريد الإلكتروني: _____

متى تقدم النموذج C-35 - استخدم هذا النموذج إذا كنت عاملاً تعاني من إصابة وتطلب إعادة النظر في القرار بسبب مصاعب شديدة على النحو الموضح في القسم (3) 35 من قانون تعويض العمال وتم تصنيفك على أنك تعاني من عجز جزئي دائم مع فقدان القدرة على كسب الرزق بنسبة تزيد عن 75% وسيينتهي الحد الأقصى للإعانات الممنوحة لك في غضون عام واحد (365 يوماً أو أقل من تاريخ اليوم).

دخل الأسرة بخلاف الأجر - اذكر كل الدخل غير الأجر الذي تحصل عليه شهرياً.

شخص آخر بالغ يقيم مع عامل مصاب	الزوج/الزوجة	العامل المصاب	مجلس تعويض العمال
_____	_____	_____	إعانات الضمان الاجتماعي للإعاقة
_____	_____	_____	إعانات الضمان الاجتماعي للتقاعد
_____	_____	_____	دخل إعالة الطفل
_____	_____	_____	إعالة الطلاق
_____	_____	_____	دخل آخر (اذكره): _____
_____	_____	_____	دخل آخر (اذكره): _____
_____	_____	_____	دخل آخر (اذكره): _____

إجمالي دخل الأسرة من غير الأجر

نفقات المعيشة الشهرية الضرورية - اذكر المبالغ الشهرية. بالنسبة للمصروفات المدفوعة بصفة غير شهرية، راجع التعليمات.

نفقات الأسرة	نفقات الشهرية	مصاريف أخرى (اذكرها)	النفقات الشهرية
الإيجار أو الرهن العقاري	_____	_____	_____
الكهرباء، النفط/الغاز، المياه/القمامة	_____	_____	_____
هاتف/هاتف محمول/خدمة الكابل/إنترنت	_____	_____	_____
إجمالي المصروفات المنزلية	_____	_____	_____

العوامل الأخرى التي تساهم في حالة المصاعب الشديدة - اكتب في هذه المساحة الفارغة أو أرفق أوراقاً إضافية توضح تفاصيل عن أي عوامل أخرى تساهم في حالة المصاعب الشديدة.

توقيع العامل المصاب: _____ التاريخ: _____

أي شخص يقوم، متعمداً ويقصد الاحتيال، بتقديم أو إعجاز غيره في تقديم، أي معلومات تحتوي على أي بيانات جوهرية مضللة أو يخفي أي حقيقة جوهرية أو يجهزها عن علم أو اعتقاد بأنه سيتم تقديمها، أو لتقديمها من قبل شركة التأمين أو جهة التأمين الذاتي، يكون مذنباً بارتكاب جريمة ويخضع لغرامات كبيرة ويعرض نفسه للسجن.

إلى العامل المصاب - معلومات عامة عن استخدام هذا النموذج

يمكنك تقديم هذا النموذج (C-35) وأي مرفقات إلى مجلس تعويض العمال عبر الفاكس أو البريد الإلكتروني أو البريد العادي. انظر أدناه لمعرفة تفاصيل العنوان. يرجى الاحتفاظ بنسخة من النموذج المكتمل والوثائق الداعمة. بعد أن يراجع مجلس تعويض العمال نموذجك المكتمل، قد نتصل بك للحصول على معلومات إضافية. إذا كان هذا النموذج لا يوفر مساحة كافية لك لإضافة جميع المعلومات ذات الصلة، فأرفق معلومات إضافية في مستند منفصل. يرجى تسمية جميع المستندات تسمية صحيحة على أن تذكر فيها اسمك ورقم الحالة لدى مجلس تعويض العمال وتاريخ الإصابة أو المرض.

1. هذا النموذج مخصص للاستخدام من قبل العمال المصابين فقط الذين تم تصنيفهم على أنهم يعانون من عجز جزئي دائم مع فقدان القدرة على الكسب بنسبة تزيد عن 75%.
2. يمكن تقديم هذا النموذج إلى مجلس تعويض العمال خلال العام الذي يسبق الانتهاء المقرر لمبالغ التعويضات. سيتم إرجاع النماذج التي يتم تقديمها قبل عام واحد قبل استفاد مخصصات الإعانات ولن يتم النظر فيها.
3. استخدم هذا النموذج لإدراج قيمة الدخل من جميع المصادر، ومن ضمنه الدخل من أشخاص آخرين يعيشون في نفس المنزل مع العامل المصاب. أرفق مستندات إضافية عند الحاجة. استخدم هذا النموذج لإدراج النفقات المنزلية وأي عوامل أخرى تساهم في حالة المصاعب الشديدة.

اكتب المبالغ الشهرية المُنفقة كمصروفات. بالنسبة لأية مصاريف غير مدفوعة شهرياً، قم بتحويلها حسبما يلي:

إذا كانت فاتورة تُدفع...	احسب المبلغ الشهري من خلال ...
بصفة ربع سنوية	القسمة على 3
أسبوعياً	الضرب في 4.3
كل أسبوعين	الضرب في 2.17
بصفة نصف شهرية (مرتين كل شهر)	الضرب في 2

4. قدم المستندات الخاصة بجميع النفقات ودخل الأسرة الموضحة في النموذج C-35. قد تتأخر الطلبات غير المكتملة لحين استلام المعلومات الكاملة.

أكمل المعلومات التعريفية في الجزء العلوي من النموذج C-35 وأرسل النموذج، مع جميع المعلومات المرفقة المنطبقة عليك، إلى:

Workers' Compensation Board
PO Box 5205
Binghamton, NY 13902-5205

عنوان التقديم عبر البريد الإلكتروني: wcbclaimsfilings@wcb.ny.gov • خط الفاكس على مستوى الولاية: (877) 533-0337

الإفصاح عن المعلومات: لن يكشف مجلس تعويض العمال عن أي معلومات تخص حالتك لأي طرف غير مصرح له دون الحصول على موافقتك. إذا اخترت الكشف عن معلومات كهذه لطرف غير مصرح له، فيجب عليك تقديم النموذج OC-110A الأصلي الموقع "تفويض مقدم الطلب بالكشف عن سجلات تعويض العمال"، أو خطاب تفويض أصلي موقع وموثق، إلى مجلس تعويض العمال. يمكنك الاتصال بالمكتب المحلي لمجلس تعويض العمال لكي يرسل لك النموذج OC-110A، أو يمكنك تنزيله من صفحة الويب الخاصة بنا، www.wcb.ny.gov. يمكن أن تجده تحت عنوان النماذج الشائعة للاستخدام عبر الإنترنت (Common Forms Online). أرسل نموذج التفويض المكتمل بالبريد إلى العنوان المذكور أعلاه.

الإخطار وفقاً لقانون حماية الخصوصية الشخصية في نيويورك (المادة (6-A) من قانون الموظفين العموميين) وقانون الخصوصية الفيدرالي لعام 1974 (5 U.S.C § 552a). إن سلطة مجلس تعويض العمال بأن تطلب من مقدمي الطلبات تقديم معلومات شخصية، من بينها رقم الضمان الاجتماعي الخاص بهم، مستمدة من سلطة التحقيق الممنوحة للمجلس بموجب القسم رقم 20 من قانون تعويض العمال، وسلطته الإدارية بموجب القسم رقم 142 من القانون نفسه. يتم جمع هذه المعلومات لمساعدة مجلس تعويض العمال في التحقيق في المطالبات وإدارتها بأنتسب طريقة ممكنة ولمساعدته في حفظ سجلات دقيقة عن المطالبات. تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك إلى مجلس تعويض العمال هو أمر طوعي. لا توجد عقوبة على عدم تقديم رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك في هذا النموذج؛ ولن يؤدي ذلك إلى رفض مطالبتك أو تقليل مخصصات الإعانات. سيحمي مجلس تعويض العمال سرية جميع المعلومات الشخصية التي تكون بحوزته، ولن يكشف عنها إلا لأغراض تعزيز واجباته الرسمية وفقاً لقانون الولاية والقانون الفيدرالي المعمول بهما.